



Apéndice de Cubierta de Salud



Por favor conteste las siguientes preguntas si está solicitando Cubierta de Salud (Favor de completar las tres páginas de este formulario)

1. Si usted es un adulto solicitando Cubierta de Salud para su(s) menor(es) dependiente(s), quiere recibir Cubierta de Salud para usted? Sí No
2. ¿Alguien en su hogar está embarazada? Sí No En caso **afirmativo**, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? _____
3. ¿Es alguno de los solicitantes ciego(a) o discapacitado(a)? Sí No En caso afirmativo, por favor, indique _____
4. ¿Alguien tiene otro seguro médico que cubre a alguien en su hogar? Sí No
5. Si contestó sí a la pregunta 5, por favor complete la siguiente información:

Nombre del asegurado	Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguro médico	Tipo de Cubierta (Hospital, Complemento de Medicare, Medicamentos, Médico Principal)	Nombre de las personas cubiertas	Fecha de vigencia	Número de Poliza

6. ¿A alguien listado en esta solicitud le han ofrecido una cobertura de salud de un trabajo? Marque sí aunque la cobertura sea del trabajo de otra persona como un padre (madre) o cónyuge. Sí En caso **afirmativo**, necesita completar el Anejo A. ¿Es éste un plan estatal de beneficios del empleado? Sí No
7. ¿Usted o alguien listado en esta solicitud perdió alguna cubierta de salud en los últimos 2 meses? Sí En caso **afirmativo**, ¿Por qué la perdió? _____ No
8. ¿Alguien en su hogar ha estado en cuidado tutelar a la edad de 18 años? Sí No
9. ¿Hay alguien en el hogar que tenga alguna factura médica por servicios recibidos en los últimos 3 meses? Sí No
10. ¿Hay alguien en su hogar que sea estadounidense (this should say indio americano) o nativo de Alaska? Sí No

Si Sí, complete el Anejo B.

Si está solicitando para Medicaid para Personas Mayores, Ciegas o Discapacitadas, por favor, conteste las preguntas 11-16 en la sección de Recursos. De lo contrario, salte a las preguntas para el declarador de impuestos en la página 3.

11. ¿Está usted o su cónyuge cubierto por Medicare actualmente? Sí No En caso afirmativo, por favor, indique, _____
12. ¿Está solicitando Medicaid para cubrir facturas médicas sin pagar de los tres meses anteriores a la solicitud de Ingresos del Seguro Suplementario (SSI)? Sí No En caso afirmativo, fecha de la solicitud de SSI: _____
13. ¿Está solicitando para alguien que ha fallecido y tiene facturas médicas sin pagar en los últimos tres (3) meses? Sí No
14. ¿Está solicitando Medicaid para ayudar a pagar por el cuidado de una persona que está en un hogar de ancianos? Sí No
15. ¿Está solicitando Medicaid para una persona mayor de 18 años, cuyo cheque de SSI se ha detenido? Sí No

16. ¿Está solicitando Medicaid para ayudar a pagar los servicios comunitarios de exención como Servicios Asistenciales Comunitarios, NOW/COMP, atención en un centro de cuidados paliativos (hospice), atención independiente de exención o la exención Deeming (Katie Beckett)? Sí No

Recursos Marque todos los recursos (activos) que sean de su propiedad, de su cónyuge, sus dependiente o de propiedad conjunta con otra persona. Anexe páginas adicionales si es necesario.

- Cuentas Corrientes Sí No Planes funerarios/Entierro pre pagado Sí No
- Cuentas de Ahorro Sí No Terreno o contratos para entierros Sí No
- Bonos del Gobierno Sí No Acciones y Bonos Sí No
- Fondos Fiduciarios Sí No Otros (IRA, CD, etc.) Sí No
- Bienes raíces/Propiedad del hogar Sí No
- ¿Han cedido usted o su cónyuge bienes por menos de su valor? Sí No

Si contestó sí a alguna de estas preguntas, describa a continuación.

Tipo de Recurso	Número de cuenta o póliza	Cantidad	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.

¿Hay alguien en el hogar que sea dueño de un vehículo? Si es así, descríballo a continuación. Sí No

Marca del vehículo	Modelo	Año	Cantidad Adeudada

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza seguro de vida? Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información.

Propietario de la Póliza	Compañía de Seguros	Número de Póliza	Valor Nominal	Valor en Efectivo

Información sobre el declarante de impuestos

- ¿Alguien en su hogar presentará una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? Sí No En caso **afirmativo**, ¿quién? (mencione a cada persona que va a declarar)
- ¿Alguno de los declarantes de impuestos mencionados presentará una declaración de impuestos con un cónyuge? Sí No En caso **afirmativo**, por favor indique el nombre del (la) cónyuge: _____
- ¿Alguno de los declarantes de impuestos va a reclamar algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No En caso **afirmativo**, por favor indique el (los) nombre(s) del (los) dependientes: _____
- ¿Alguien será reclamado como un(a) dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No En caso **afirmativo**, por favor indique el nombre del(la) declarador(a) de impuestos y del(la) dependiente:_(Declarador)_____ (Dependiente)_____ ¿Cuál es el parentesco del(la) declarante con el(la) dependiente? _____

Ingresos y ganancias: Enumere todos los tipos de beneficios e ingresos que usted y su familia recibe. Indique la cantidad de ingresos antes de las deducciones de impuestos, seguro, primas de Medicare, primas de seguro de salud, dental y de visión o cuentas de gastos sean sacadas.

Tipo de ingresos	Cantidad bruta	¿Con qué frecuencia? (semanal, cada dos semanas, mensual, etc.)	Nombre de la persona que los recibe
Sueldos/Salarios			
Empleador actual:			
Sueldos/Salarios			
Empleador actual:			
Trabajo por cuenta propia			
Beneficios de desempleo			
Ingreso del Seguro Social			
SSI (Ingreso de Seguro Suplementario)			
Compensación al trabajador			
Pensión/Prestaciones de jubilación			
Beneficios de veteranos			
Manutención Infantil			
Pensión alimenticia			
Contribuciones			
Otros ingresos (especificar)			

¿Alguien en su hogar espera tener un cambio en los ingresos mensuales? Sí No
 en caso afirmativo, favor indicar quién espera el cambio, el tipo de ingresos que va a cambiar y la fecha en la que se espera el cambio.

Deducciones: Marque todas las que aplican y dé la cantidad y cada cuánto la paga.

Pensión alimenticia \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otras deducciones \$ _____
 ¿Con qué frecuencia? _____

Intereses de préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cesión de los derechos de pago de ayuda médica y otros cuidados médicos:

(Si usted está presentando una solicitud en nombre de otra persona, y no tiene el poder para ejecutar una cesión por esa persona, la persona deberá firmar una cesión de los derechos descritos a continuación como condición de su elegibilidad para Medicaid). Como condición de mi elegibilidad, estoy de acuerdo en asignar al Estado todos los derechos de pago por el apoyo de servicios médicos y servicios de terceras partes (beneficios médicos y de hospital). Estoy de acuerdo en cooperar con el Estado en identificar y proporcionar información para ayudar al Estado a buscar a terceros que puedan ser legalmente responsables del pago por cuidados y servicios. Entiendo que debo informar cualquier pago recibido por cuidados médicos dentro del plazo de diez días. Estoy de acuerdo en otorgarle al estado el derecho de exigir que un padre/madre ausente proporcione seguro médico, si está disponible. Entiendo que tengo que conseguir la ayuda médica del padre ausente si está disponible y que tengo que cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil para obtener este apoyo. Si yo **no** coopero, entiendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y sólo mis hijos recibirán beneficios a menos que se establezca que existe una buena causa.

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información indicada es cierta a mi leal saber y entender.

 Firma

 Fecha

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA/ESTADO MIGRATORIO

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

División de Servicios para Familias y Niños

Entiendo que la División de Servicios para Familias y Niños de Georgia (DFCS) puede requerir la verificación del Departamento de Seguridad Nacional (DHS) de los Estados Unidos de ciudadanía o estatus migratorio tanto mío como el de mi(s) hijo(s) al solicitar beneficios. La información recibida de DHS puede afectar mi elegibilidad o la de mis hijo(s).

Por favor, llene y firme **UNA o AMBAS** de las siguientes declaraciones en lo que respecta a la situación de cada una de las personas que solicita beneficios.

MENORES QUE SOLICITAN BENEFICIOS

Nombre	Lugar de nacimiento (Ciudad, estado, país)	(Marque las casillas correspondientes)		Fecha de naturalización o admisión a los EE.UU.	No. de ID del Documento de Inmigración
		Ciudadano de los Estados Unidos	Inmigrante admitido legalmente	(si aplica)	(si aplica)
					A-

Yo, _____, declaro que el niño/los niños es/son ciudadanos de EE.UU. o inmigrante(s) calificado(s).
(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)

Doy fe de la identidad del niño(a) o niños en la lista más arriba y certifico bajo pena de perjurio que la información escrita y marcada arriba es verdadera.

(FIRMA (PADRE/MADRE/TUTOR))

FECHA

ADULTO(S) QUE SOLICITA(N) BENEFICIOS

Nombre	Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)	(Marque las casillas correspondientes)		Fecha de naturalización o admisión a los EE.UU.	No. de ID del Documento de Inmigración
		Ciudadano de los Estados Unidos	Inmigrante admitido legalmente	(si aplica)	(si aplica)
					A-

Yo, _____, declaro que soy un ciudadano de EE.UU. o un inmigrante calificado.
(NOMBRE EN LETRA DE MOLDE)

Yo certifico bajo pena de perjurio que la información escrita y marcada arriba es verdadera.

FIRMA

(FECHA)